

**Core Participant Intake Form
Children 3-5
(SPANISH)**

Nombre del programa:

Fecha:

Primer nombre del niño(a):		Segundo nombre del niño(a): <i>(opcional)</i>	
Apellido del niño(a):		Apellido de soltera de la madre del niño(a): <i>(opcional)</i>	
Primer nombre de la madre:	Fecha de nacimiento del niño(a): mes / día / año	Sexo del niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Lugar de nacimiento: <input type="checkbox"/> Si nació en California, especifique el condado: _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro estado de los Estados Unidos, especifique el estado: _____ <input type="checkbox"/> Si nació en otro país, especifique el país: _____			Nota: Si el cliente no quiere especificar lugar de nacimiento, usted deberá anotar "desconocido" bajo cualquier categoría.
Dirección (calle y número): <i>(opcional)</i>		Ciudad, Estado: <i>(opcional)</i>	
Código Postal:	Teléfono: <i>(opcional)</i> ()	Fecha de consentimiento: mes / día / año	
Fecha del primer servicio: mes / día / año	¿Añadir a grupo(s) de servicio? <i>(opcional)</i> Si la respuesta es SÍ , especifique:		
Grupo Étnico <i>(marque todos los que aplican):</i>			
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano <input checked="" type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático			
<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input checked="" type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Mexicano, México-Americano, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino			
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Guaymeño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: especifique _____ <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Qué idioma habla la familia más frecuentemente en casa? <i>(marque solamente UN cuadro)</i>			
<input type="checkbox"/> Principalmente inglés <input type="checkbox"/> Inglés e igualmente otro idioma (indique el otro idioma en la sección de abajo) <input type="checkbox"/> Principalmente otro idioma (indique el otro idioma en la sección de abajo) <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Si el idioma es otro diferente al inglés, qué idioma es? <i>(marque solamente UN cuadro)</i>			
<input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Somali <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Armenio <input type="checkbox"/> Griego <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Swahili <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Asirio <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> (Putonghua) <input type="checkbox"/> Taiwanés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Hebreo <input type="checkbox"/> Marshallese <input type="checkbox"/> Tailandés <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Mien <input type="checkbox"/> Tigrinya <input type="checkbox"/> (Filipino) <input type="checkbox"/> Cebuano (Visayo) <input type="checkbox"/> Húngaro <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Toishanés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Caldeo <input type="checkbox"/> Ilocano <input type="checkbox"/> Pashto <input type="checkbox"/> Tonganés <input type="checkbox"/> Otro (continúe con la lista larga) <input type="checkbox"/> Albanés <input type="checkbox"/> Chamorro (Guaymeño) <input type="checkbox"/> Indonesio <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Turco <input type="checkbox"/> Amárico (Etiope) <input type="checkbox"/> Chaozhou (Chaochow) <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Ucraniano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Croata <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Urdu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Holandés <input type="checkbox"/> Khmer (Camboya) <input type="checkbox"/> Rumano <input type="checkbox"/> Otro idioma, especifique _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Farsi (Persa) <input type="checkbox"/> Khmu <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Kurdo <input type="checkbox"/> Serbo-Croatian <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latu			

**Core Participant *Intake* Form
Children 3-5
(SPANISH)**

Por favor marque (X) en cada pregunta como se indica.

<p>1. ¿Cuánto peso su niño(a) al nacer?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 25%;">Libras</th> <th style="width: 25%;">Kilogramos</th> <th style="width: 45%;">Gramos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3 lb. 4 oz. o menos</td> <td>Menos de 1.5</td> <td>Menos de 1500</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3 lb. 5 oz. a 5 lb. 7 oz.</td> <td>1.5 a 2.4</td> <td>1500 - 2499</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5 lb. 8 oz. a 7 lb. 15 oz.</td> <td>2.5 a 3.5</td> <td>2500 - 3599</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>8 lb. o más</td> <td>3.6 o más</td> <td>3600 o más</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar</td> </tr> </tbody> </table>		Libras	Kilogramos	Gramos	<input type="checkbox"/>	3 lb. 4 oz. o menos	Menos de 1.5	Menos de 1500	<input type="checkbox"/>	3 lb. 5 oz. a 5 lb. 7 oz.	1.5 a 2.4	1500 - 2499	<input type="checkbox"/>	5 lb. 8 oz. a 7 lb. 15 oz.	2.5 a 3.5	2500 - 3599	<input type="checkbox"/>	8 lb. o más	3.6 o más	3600 o más	<input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar			
	Libras	Kilogramos	Gramos																						
<input type="checkbox"/>	3 lb. 4 oz. o menos	Menos de 1.5	Menos de 1500																						
<input type="checkbox"/>	3 lb. 5 oz. a 5 lb. 7 oz.	1.5 a 2.4	1500 - 2499																						
<input type="checkbox"/>	5 lb. 8 oz. a 7 lb. 15 oz.	2.5 a 3.5	2500 - 3599																						
<input type="checkbox"/>	8 lb. o más	3.6 o más	3600 o más																						
<input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																									
<p>3. (Preguntar solo a la madre): ¿Qué edad tenía usted cuando nació su niño(a)?</p>	<p style="text-align: center;">___ ___ Años de edad</p> <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																								
<p>6. (Preguntar solo a la madre): ¿Fumó usted en algún momento cuando estuvo embarazada de su niño(a)?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																								
<p>7. ¿Tiene su niño(a) actualmente algún tipo de seguro médico, tal como seguro a través de un HMO, una compañía de seguros privada, Medi-Cal, Healthy Families, o a través de algún otro?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																								
<p>7b. ¿Cual tipo de seguro médico tiene actualmente su niño(a)?</p>	<input type="checkbox"/> Sin seguro médico <input type="checkbox"/> Seguro comprado directamente por los padres, tutor o guardián <input type="checkbox"/> Seguro comprado o dado a través de un trabajo <input type="checkbox"/> Seguro médico militar/CHAMPUS/VA <input type="checkbox"/> Medi-Cal (cobertura completa/global) <input type="checkbox"/> Medi-Cal (de emergencia) <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids/California Kids/ o un programa similar <input type="checkbox"/> California Children's Services (CCS) <input type="checkbox"/> Programa Child Health and Disability Prevention <input type="checkbox"/> Access for Infants and Mothers (AIM) <input type="checkbox"/> Indian Health Services <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																								
<p>8a. ¿Hay algún lugar, que no sea una sala de emergencias, donde su niño(a) generalmente va cuando esta enfermo/a o usted necesita consejo acerca de la salud de él/ella?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																								
<p>8b. ¿Hay un doctor o persona médica al cual usted generalmente lleva a su niño(a) para sus chequeos generales?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																								
<p>9. ¿Cuántas veces durante el año pasado su niño(a) recibió un chequeo médico, es decir, un chequeo general cuando no estaba enfermo(a) o lesionado(a)?</p>	<input type="checkbox"/> 0 visitas <input type="checkbox"/> 1 visita <input type="checkbox"/> 2 visitas <input type="checkbox"/> 3 visitas <input type="checkbox"/> 4 visitas <input type="checkbox"/> 5 visitas <input type="checkbox"/> 6 o más visitas <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar																								

**Core Participant Intake Form
Children 3-5
(SPANISH)**

10a. ¿Alguna vez el doctor o personal médico de su niño(a) le dijo que estaba haciendo - -lo que los doctores llaman- - una "evaluación del desarrollo" de su niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
10b. ¿El doctor o el personal médico de su niño(a) alguna vez hizo que el/ella recogiera objetos pequeños o apilara bloques o lanzara una pelota o reconociera diferentes colores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
11a. ¿Le ha dicho alguna vez un doctor u otro profesional de la salud, del distrito escolar, o del centro regional que su niño(a) tiene un retraso en su desarrollo? Un retraso en el desarrollo significa que el niño(a) es más lento física o mentalmente que otros niños de su misma edad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
11b. ¿Le ha dicho alguna vez un doctor u otro profesional de la salud, del distrito escolar, o del centro regional que su niño(a) tiene algún tipo de las siguientes discapacidades o necesidades especiales? (Marque todos los que apliquen.)	<input type="checkbox"/> Retardado mental <input type="checkbox"/> En riesgo <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Impedimento visual (incluyendo ceguera) <input type="checkbox"/> Sordera-ceguera <input type="checkbox"/> Impedimento en el habla o lenguaje <input type="checkbox"/> Perturbaciones emocionales <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje específica <input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico <input type="checkbox"/> Algún otro impedimento de salud <input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
11c. ¿Tiene su niño(a) o ha tenido alguna vez un Plan Familiar de Servicio Individualizado (algunas veces conocido como "IFSP") o un Plan Educativo Individualizado (algunas veces conocido como "IEP")?	<input type="checkbox"/> Sí—Actualmente <input type="checkbox"/> Sí—En el pasado, pero no actualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
11d. Algunas veces los padres tienen preocupaciones acerca de sus niño(a)s ¿Está usted preocupado/a mucho, poco o nada acerca de ¹ :	<i>Mucha</i>	<i>Poca</i>	<i>Ninguna/ Nada</i>	<i>N/A</i>	<i>No sabe/no quiso contestar</i>
a) ¿Cómo habla o hace sonidos verbales su niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Cómo ve su niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Cómo oye su niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Qué tan bien entiende su niño(a) lo que usted dice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Cómo utiliza su niño(a) sus manos y dedos para hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Cómo usa su niño(a) sus brazos y piernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Cómo está aprendiendo su niño(a) las habilidades pre-escolares o habilidades escolares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Cómo se relaciona su niño(a) con otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Cómo se comporta su niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Nota: Los elementos en la pregunta 11d están tomados de la encuesta Evaluación del Estado de Desarrollo de los Padres (PEDS) y no tiene una aplicación clínica inmediata. Los usuarios interesados en la detección temprana necesitarán comprar la prueba actual ((www.pedstest.com). Los elementos de la encuesta tienen derechos de autor y no pueden ser utilizados sin el permiso expreso del autor (Frances.P.Glascoe@Vanderbilt.edu).

**Core Participant Intake Form
Children 3-5
(SPANISH)**

j) ¿Cómo su niño(a) aprende a hacer cosas por sí mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ¿Cómo puede hacer su niño(a) las mismas cosas que hacen otros niños de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿El bienestar emocional de su niño(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez recibió su niño(a) servicios especiales o tomó parte en un programa para niños con necesidades especiales? Los niños con necesidades especiales son aquellos que tienen problemas con cosas como hablar o aprender o quienes tienen necesidades especiales para cuidado de su salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
13a. ¿Cuánto pesa actualmente su niño(a) (sin zapatos)?	___ ___ ___ . ___ <input type="checkbox"/> Libras o <input type="checkbox"/> Kilogramos <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
13b. ¿Cuál es la estatura de su niño(a) actualmente?	___ Pies o ___ ___ Pulgadas ___ ___ ___ Centímetros <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
14a. ¿Su niño (a) ha recibido todas las vacunas recomendadas para su edad?	<input type="checkbox"/> Sí, el niño(a) ha recibido todas las vacunas. <input type="checkbox"/> No, al niño le faltan algunas vacunas. <input type="checkbox"/> No, el niño(a) no ha recibido ninguna vacuna (Siga con la pregunta 14b). <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar				
14b. (Pregunte todas hasta terminar): ¿Trajo su cartilla o archivos de las vacunas de su niño(a) ahora? Si la tiene, ¿me la puede mostrar?	<input type="checkbox"/> Sí, cartilla disponible (conteste a-h abajo) <input type="checkbox"/> No, cartilla no disponible (Siga con a-h) <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar (Siga con a-h)				
a. Vacuna Hepatitis B:	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 dosis <input type="checkbox"/> 3 dosis				
b. Vacuna Hib (haemophilus influenzae tipo b):	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 dosis <input type="checkbox"/> 3 dosis <input type="checkbox"/> 4 dosis				
c. Vacuna Polio (poliomielitis):	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 dosis <input type="checkbox"/> 3 dosis <input type="checkbox"/> 4 dosis				
d. Vacuna DTPa (difteria-tétanos-pertussis acelular):	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 dosis <input type="checkbox"/> 3 dosis <input type="checkbox"/> 4 dosis <input type="checkbox"/> 5 dosis				
e. Vacuna Neumococo (Pneumovax):	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 dosis <input type="checkbox"/> 3 dosis <input type="checkbox"/> 4 dosis				

**Core Participant Intake Form
Children 3-5
(SPANISH)**

f. Vacuna MMR (sarampión, paperas y rubéola):	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 dosis
g. Vacuna Varicela:	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis
h. Vacuna Hepatitis A:	<input type="checkbox"/> 0 dosis <input type="checkbox"/> 1 dosis <input type="checkbox"/> 2 dosis
15. ¿Tiene seguro dental su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
16. ¿Cuándo fue la última vez que su niño(a) visitó a un dentista o higienista dental para el cuidado de sus dientes?	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Hace un año pero menos de 2 años <input type="checkbox"/> Hace 2 años o más <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
17a. ¿Desde que su niño(a) cumplió tres años de edad alguna vez fue a una guardería, centro preescolar, centro de cuidados para niños, prekinder o "Head Start", regularmente? Por regularmente, quiero decir, al menos dos veces por semana durante por lo menos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Pase la pregunta 17b, siga con la pregunta 18. <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar → Pase la pregunta 17b, siga con la pregunta 18.
17b. ¿Este programa era "Head Start"?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
18. Pregunte únicamente si el niño(a) ha empezado el kinder: (empiece preguntando a los 4.5 años). ¿Algunas de las siguientes cosas ocurrieron antes o inmediatamente después de que su niño(a) empezó el kinder?	
a. ¿La escuela o el maestro invitó a padres y niños a visitar el salón de clase y la escuela antes de que empezara el año escolar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
b. ¿La escuela o el maestro le envió a casa información acerca de cómo preparar a su niño(a) para el kinder? Por ejemplo, una mochila con materiales e información sobre la escuela.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
c. ¿La escuela o el maestro le envió a su casa información acerca de cómo ponerse en contacto con el/la maestro/a o personal de la escuela para hablar sobre cualquier preocupación o preguntas acerca de su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
d. ¿La escuela o el maestro proporcionó talleres, materiales o consejos acerca de cómo ayudar a su niño aprender en casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
e. ¿La escuela o el maestro(a) envió o hizo algo más para ayudar a su niño(a) cuando él/ella comenzó el kinder?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar
19a. ¿En una semana típica, con qué frecuencia usted o cualquier otro miembro de la familia canta canciones con su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> De 3 a 6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No sabe/no quiso contestar

**Core Participant Intake Form
Children 3-5
(SPANISH)**

19b. ¿En una semana típica, con qué frecuencia usted o cualquier otro miembro de la familia le lee o muestra libros con ilustraciones a su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> De 3 a 6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
19c. ¿En una semana típica, con qué frecuencia usted o cualquier otro miembro de la familia le cuenta cuentos a su niño(a)?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana <input type="checkbox"/> De 3 a 6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
20. ¿Alguien en su hogar fuma?	<input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
21. ¿Cuántas veces usted y su familia se han mudado o cambiado de vivienda en los últimos 12 meses?	_____ <i>Número de veces</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
22. ¿Cuál de estas frases acerca de la comida describe mejor a su hogar en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Tenemos suficiente para comer y el tipo de alimento que queremos. <input type="checkbox"/> Tenemos suficiente para comer pero no siempre el tipo de alimento que queremos. <input type="checkbox"/> Algunas veces no tenemos suficiente para comer. <input type="checkbox"/> Frecuentemente no tenemos suficiente para comer. <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
23. ¿Tiene usted/tiene la madre del niño(a) un diploma de escuela secundaria (superior, preparatoria) o un GED?	<input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
24a. ¿Cuántos miembros de la familia hay en su hogar, incluyendo a usted?	_____ <i>Número de miembros de la familia en el hogar</i> <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>
24b. ¿Puede decirnos cuánto dinero más o menos (ingresos) su familia recibió en los pasados 12 meses? Incluya dinero de cualquier fuente que pueda recordar.	\$ _____ <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar → Pregunte 24c.</i>
24c. No necesitamos saber exactamente pero, ¿cuál de las siguientes categorías mejor describe los ingresos totales de su familia en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i> <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 – menos de \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 – menos de \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 – menos de \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 – menos de \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 – menos de \$75,000 <input type="checkbox"/> \$75,000 o más
25. En general, ¿diría usted que la salud de su niño(a) es...?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> <i>No sabe/no quiso contestar</i>